

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1928-1929 N° 95

Contribution à l'étude
de la
TÉNOSYNOVITE STÉNOSANTE
de
DE QUERVAIN

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 13 Juin 1929

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Georges BOYER

Ancien Interne des Hôpitaux d'Avignon

Né le 16 Janvier 1902 à MÉXIMIEUX (Ain)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

—
1929

Contribution à l'étude
de la TÉNOSYNOVITE STÉNOSANTE de DE QUERVAIN



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1928-1929 N° 95

Contribution à l'étude
de la
TÉNOSYNOVITE STÉNOSANTE
de
DE QUERVAIN

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 13 Juin 1929

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Georges BOYER

Ancien Interne des Hôpitaux d'Avignon

Né le 16 Janvier 1902 à MÉXIMIEUX (Ain)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

—
1929

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire M. L. HUGOUNENQ
Doyen M. J. LEPINE.
Assesseur M. ROLLET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, BARD, LANNOIS.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC.
Cliniques chirurgicales	PAVIOI.
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER.
Clinique ophtalmologique	BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON.
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET.
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	ROCHET.
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET.
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL.
Anatomie	BRETIN.
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie Interne	POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON.
Anatomie pathologique	FROMENT.
Chirurgie opératoire	CADE.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE.
Médecine légale	PATEL.
Hygiène	ARLOING (F.).
Thérapeutique	Etienne MARTIN.
Pharmacie	COURMONT (P.).
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY.
	LEULIER.
	PIERY.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS.
— — — Prépédeutique de gynécologie	CONDAMIN.
— — — Chimie minérale	BARRAL.
— — — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon),
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER.
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GARIN.	ROUBIER.	CHALIER (André).	DEVIC.
TRILLAT.	BONNET.	CHALIER (Joseph).	GABRIELLE.
SARVONAT.	RHENTER.	NOEL.	MANCEAU.
FLORENCE (G.).	MAZEL.	CHEVALLIER.	MARTIN (Joseph).
ROCHAIX.	SANTY.	DUMAS.	ROCHET (Ph.).
CORDIER (V.).	DUNET.	DUFOURT.	WERTHEIMER.
			GATE.

M. BAYLE, secrétaire.



EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. NOVE-JOSSERAND, président ; LAROYENNE, assesseur ;
ROCHET Ph. et WERTHEIMER agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE
mort au champ d'honneur

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON GRAND-PÈRE

A MES ONCLES

A MES CAMARADES D'INTERNAT

MEIS ET AMICIS

AU DOCTEUR LAROYENNE

*Professeur agrégé
Chirurgien des Hôpitaux*

*Ce fut notre premier maître durant
le cours de nos études, il nous prodigua
ses conseils sans se lasser et cette
thèse, qu'il voulut bien nous inspirer,
est bien plus le fruit de ses réflexions
que notre œuvre personnelle.*

AU PROFESSEUR NOVÉ-JOSSERAND

Professeur de Clinique chirurgicale infantile

*Il nous fait le grand honneur de
présider à la soutenance de notre thèse.
Nous lui en sommes profondément
reconnaissant.*

A MES JUGES

A MES MAÎTRES D'AVIGNON

LES DOCTEURS

MONTAGARD	BARRE
PENNE	PAMART
DONNAT	CHARLET
VINCENTI	JACQUET
BRUNSCHWIG	AZÉMAR
TARTANSON	PANSIER

Contribution à l'étude
de la TÉNOSYNOVITE STÉNOSANTE de DE QUERVAIN

CHAPITRE PREMIER

Historique

En 1895, un chirurgien suisse DE QUERVAIN isola, sous le nom de ténosynovite sténosante du poignet, une variété de synovite assez singulière.

Les malades, des femmes dans la grande majorité des cas, se plaignent au niveau de l'apophyse styloïde du radius de douleurs irradiées vers le pouce et l'avant-bras, survenant à chaque effort. Les mouvements du pouce sont douloureux, surtout l'abduction et l'extension. Parfois la gêne est si grande que la main devient à peu près impotente. Les symptômes objectifs se résument dans une douleur, à la pression, de la gaine synoviale commune aux tendons du long abducteur et du court extenseur du pouce et à une légère tuméfaction au niveau de l'apophyse styloïde radiale; le plus souvent cette tuméfaction siège au-dessus de l'apophyse.

Cette maladie est d'une ténacité désespérante si bien que les différents traitements médicaux que l'on emploie en pareil cas : massage, électrisation, immobilisation, toute la gamme des révulsifs, sont à peu près inefficaces. Ils atténuent les douleurs dans les cas aigus, mais leur action est complètement nulle dans les cas chroniques.

Devant l'insuccès du traitement médical, DE QUERVAIN fut ainsi logiquement amené à intervenir chirurgicalement. Il fit une petite incision sur le rebord radial à peu près au niveau de l'apophyse styloïde et s'aperçut que les tendons du court extenseur et du long abducteur du pouce étaient bridés dans leur coulisse par un rétrécissement parfois très serré du ligament annulaire du carpe. Il libéra les tendons de cette sténose en fendant le ligament d'un coup de ciseau et préleva un morceau de ce ligament pour examen histologique. Cette petite intervention fut suivie de guérisons immédiates et durables.

L'examen anatomo-pathologique ne montra qu'un épaississement fibreux de la paroi dans les cas invétérés et seulement une légère infiltration globocellulaire dans les cas récents.

En possession de données anatomo-pathologiques si pauvres, l'étiologie et la pathogénie ne peuvent être que très obscures, DE QUERVAIN élimine complètement la tuberculose bien que l'allure chronique et tenace de la ténosynovite la fasse confondre souvent avec une lésion tuberculeuse. Il n'a trouvé aucun antécédent syphilitique chez ses malades. Il invoquerait plutôt le rhumatisme qui fut noté dans plusieurs cas.

Son mémoire repose sur trois observations personnelles et sur trois observations du docteur SANDOZ ; de plus KOCHER lui avait écrit avoir observé plusieurs cas analogues.

En 1911, POULSEN de Copenhague, ignorant le travail de DE QUERVAIN décrit de nouveau cette affection, en se basant sur dix observations, comme une inflammation des gaines tendineuses du bord radial de l'avant-bras accompagnée de périostite traumatique au niveau de l'apophyse styloïde du radius.

En 1912, DE QUERVAIN lui-même confirme ses premières idées dans un nouvel article. Il insiste surtout sur la nature et le traitement de la ténosynovite. Le resserrement de la coulisse est peut-être d'origine rhumatismale, mais n'est certainement pas tuberculeux ni syphilitique. Quant au traitement, si les révulsifs, l'immobilisation, les massages, calment la douleur dans les cas aigus, il faut avoir recours au bistouri dans les cas chroniques qui sont de beaucoup les plus nombreux. Il importe avant tout de rendre aux deux tendons long abducteur et court extenseur leur liberté d'action. Pour cela on sectionne ou résèque leur coulisse fibreuse rétrécie. On pourrait faire la section sous-cutanée de cette bride (il l'a pratiquée deux fois), mais il est préférable d'opérer à ciel ouvert après anesthésie locale. La simple incision de la coulisse est suffisante, l'excision est cependant plus radicale.

Quelques temps après, MICHAÉLIS présente trois observations de cette affection qu'il considère comme rare. Pour lui, l'étiologie la plus apparente est le traumatisme. Sur le traitement il est du même avis que

DE QUERVAIN. Mais frappé par l'importance de la douleur au niveau de l'apophyse radiale, il l'explique par une périostite déterminée par la traction des tendons étranglés.

BURCK, à la même époque, expose l'observation d'un menuisier de 23 ans qui spontanément se met à souffrir de ténosynovite. Un examen radiographique de son poignet montre une laxité particulière de l'articulation trapézo-métacarpienne avec écartement des surfaces articulaires particulièrement visible dans l'adduction. Son malade guérit en quelques jours par la compression et l'immobilisation du poignet.

NUSSBAUM qui a réuni neuf cas a trouvé parfois un épaississement du tendon. Au microscope il reconnaît deux groupes de lésions. Le plus fréquemment il existe une prolifération conjonctive dans la couche moyenne de la gaine. Les fibres n'ont pas de direction bien déterminée. L'endothélium et la couche sous-endothéliale ont souvent disparu. Ou bien, moins souvent, vaisseaux et nerfs de la couche externe de la gaine sont entourés d'une infiltration de cellules rondes. Il existe souvent de petites zones irrégulières de nécrose. Au niveau de la couche interne, on note une augmentation de la vascularisation.

RESCHKE, en 1920, ajoute dix observations inédites. Elles confirment en tous points la description clinique de DE QUERVAIN. Evolution très lente, surtout marquée par des douleurs plus ou moins fortes. Dans trois cas la tuméfaction manque au début. Elle apparaît alors dans un temps qui varie de deux à neuf mois, et peut même devenir considérable. Ni l'examen radiogra-

phique, ni les constatations opératoires ne lui ont montré de périostite comme le prétendent POULSEN et MICHAÉLIS. Dans deux cas il a noté l'existence d'un pousse à ressort par accrochement des tendons sur la crête styloïdienne.

Contrairement à DE QUERVAIN, dans presque tous les cas où il est intervenu chirurgicalement il a trouvé des altérations des tendons, épaississement en fuseau, aspect dépoli rougeâtre, striations, dépôt fibrineux. L'examen histologique dans un cas lui a montré de l'infiltration cellulaire.

Dans les cas récents, six sur dix, le traitement non sanglant a suffi pour amener la guérison. Dans les quatre autres cas qui étaient anciens, il a opéré avec plein succès.

En 1924, ESCHLE fait une revue générale de la question réunissant 129 observations ; il en apporte 19 de personnelles. Il ne fait que confirmer ce que les auteurs ont dit auparavant. L'étiologie est très mal déterminée. Tuberculose ? syphilis ? arthritisme ? surmenage du muscle ? ont été invoqués tout à tour sans preuves bien certaines. Les femmes sont beaucoup plus atteintes que les hommes dans la proportion de 10 pour 1. La presque totalité exerce des professions manuelles. La main gauche est aussi souvent touchée que la droite. Pour lui, bien que le traitement médical ait enregistré quelques succès à son actif, c'est le traitement chirurgical qui est le traitement de choix.

Tous ces auteurs sont de langue allemande. En France, MARION, seul, à notre connaissance, a produit des observations qui ont quelque analogie avec la mala-

die de DE QUERVAIN. Il apporte six observations de « synovite séreuse du long abducteur et court extenseur du pouce ». Ce sont des malades jeunes, aucun n'a dépassé trente ans, des femmes pour la plupart, cinq sur six, travaillant manuellement, cuisinières, domestiques ou manoeuvres. Ils se plaignent de souffrir à la mobilisation active de leur pouce ; l'abduction surtout est pénible. Il existe une douleur à la pression au niveau de l'extrémité inférieure du radius. Une tuméfaction siège à ce niveau, parfois assez volumineuse (grosse noisette), dure, rarement rénitente. exceptionnellement fluctuante. L'affection a débuté sans cause aparente, tout au plus note-t-on quelque fatigue dans les antécédents. Elle se développe assez lentement, progressivement. La guérison a été obtenue par des vésicatoires et la compression en une dizaine de jours chez trois malades ; les autres ne sont jamais revenu se montrer, ce qui indiquerait bien qu'ils ont été guéris.

Il faut arriver à 1928 pour découvrir le premier document de langue anglaise sur la question. CHESTER C. SCHNEIDER apporte quinze cas nouveaux et fait une revue générale des cas publiés jusqu'à ce jour. Sur ces 144 observations le sexe est noté 133 fois ; on compte 119 femmes pour 14 hommes. 95 fois le côté atteint est indiqué, 47 fois la main droite est atteinte, 44 fois la gauche, 4 fois l'affection est bilatérale. L'âge moyen est de 35 à 55 ans, 81 sont des ménagères ou des servantes.

Dans quelques cas le traumatisme lui paraît jouer un rôle prépondérant. En général l'étiologie relève d'un

hyperfonctionnement des deux tendons sans aucun rapport avec la tuberculose ou la syphilis. Cet hyperfonctionnement provoque un œdème de la gaine tendineuse qui lui-même exagère le frottement des tendons dans le canal ostéofibreux qui est rétréci. Le traumatisme influe sur l'irritation en augmentant l'œdème et en modifiant l'os sous-jacent. Sauf dans ce dernier cas, la radiographie est négative.

Il y a des lésions anatomo-pathologiques, la gaine tendineuse est épaissie, opaque et la section donne une sensation cartilagineuse. Le canal ostéofibreux peut être rétréci au point de n'admettre parfois que difficilement le passage d'un stylet. A la coupe, la gaine est d'un blanc laiteux, sa face interne va du jaune au rouge, d'aspect velvitique par place. Elle est toujours épaissie, parfois d'épaisseur quadruplée. Les tendons eux sont normaux. Quelquefois ils adhèrent l'un à l'autre ou à la face interne de la gaine.

SCHNEIDER recommande comme traitement l'application d'un plâtre prenant le poignet et le pouce, ce dernier placé en extension et abduction. Cet appareil ne sera enlevé qu'au bout de quatre à six semaines. Sur dix malades traités ainsi, il y a eu sept guérisons. Il est intervenu chirurgicalement sur deux malades chez qui la méthode orthopédique avait échoué. Ces interventions furent couronnées de succès.

Il est assez naturel de se demander si DE QUERVAIN a décrit une maladie nouvelle ou si, plus simplement, les anciens auteurs n'avaient pas laissé échapper ses caractères particuliers et ne l'avaient pas confondue avec les autres synovites.

Les vieux classiques sont déjà à peu près unanimes à admettre que le siège le plus habituel de l'aï douloureux se trouve dans la gaine des muscles long abducteur et court extenseur du pouce. Les principaux signes sont, avec la douleur, la gêne dans les mouvements, une tuméfaction le long de cette gaine et une crépitation neigeuse. En une semaine ou deux tout revient dans l'ordre. Cependant VELPEAU rapporte quelques cas rebelles qui ont duré plusieurs mois.

LARGER qui avait vu beaucoup d'aï douloureux a écrit un article fort intéressant sur la question en 1882. Il a été frappé de ce fait que la tumeur de l'aï ne concordait ni comme siège, ni comme forme, ni comme étendue avec les gaines synoviales tendineuses du long abducteur et court extenseur du pouce et celle des radiaux externes. Pour expliquer ce fait il a décrit une nouvelle synoviale antibrachiale des radiaux externes qui ne serait que le prolongement de leur gaine carpienne. Les expériences de DEBIERRE et ROCHET ont démontré la non existence de cette gaine. Mais, fait beaucoup plus intéressant pour nous, LARGER avait remarqué que dans certaines circonstances la tumeur prend « plus ou moins la forme et la direction de la loge aponévrotique des muscles long abducteur et court extenseur du pouce ». Il l'explique par l'inflammation d'une bourse séreuse accidentelle qui occupe, lorsqu'elle existe, l'espace compris entre les tendons des radiaux et les muscles long abducteur et court extenseur du pouce. En général cette synovite est bénigne et le repos avec de la compression ouatée, aidée de révulsion, amènent la guérison en quelques jours.

Mais il a trouvé des cas rebelles où la maladie passa à l'état chronique.

En somme DE QUERVAIN a décrit une affection bien caractéristique dont les traits essentiels sont les suivants : une douleur au niveau de l'extrémité inférieure du radius, éveillée par la pression, par les mouvements du pouce surtout l'abduction et l'extension, une tuméfaction légère, souvent une ténacité qui dure de longs mois. Cette persistance des symptômes et la faillite du traitement médical dans de nombreux cas ont amené les chirurgiens à la vérification des lésions. Ils ont tous constaté un resserrement de la coulisserie fibreuse dans laquelle glissent le long abducteur et le court extenseur du pouce. La libération des tendons donne une guérison définitive. Quelques-uns ont trouvé des lésions tendineuses d'ordre inflammatoire ; d'autres même ont découvert de la périostite sous-jacente (RESCHTE nie formellement cette dernière constatation). L'étiologie est obscure, tous s'accordent pour éliminer tuberculose et syphilis. DE QUERVAIN pencherait pour le rhumatisme, la plupart invoquent le traumatisme ou un hyperfonctionnement des deux tendons qui entraînerait un œdème de la gaine.

Il semble logique d'admettre que la ténosynovite sténosante a été méconnue par les anciens auteurs qui, probablement, la faisaient rentrer dans le cadre des affections douloureuses en y ajoutant l'épithète de rebelle.

CHAPITRE II

Contribution personnelle

Nous présentons cinq observations dont nous a fait part notre maître, M. Laroyenne. Elles proviennent de malades qu'il a observées dans son service de l'Hôtel-Dieu. Deux ont déjà fait l'objet d'un mémoire, la troisième fut présentée à la Société des Sciences médicales de Lyon, les deux dernières sont inédites.

OBSERVATION I

Femme de 56 ans, ménagère, entrée dans le service le 17 janvier 1925 pour des douleurs très vives à l'abduction des pouces des deux côtés. Le début s'est fait en août 1924 par le pouce gauche ; deux mois après, le pouce droit se prenait. Actuellement non seulement les mouvements d'abduction sont particulièrement douloureux, mais la plupart des mouvements de ce doigt sont pénibles. La pression, sur la région du radius qui confine à l'apophyse stiloïde et

plus spécialement au niveau du croisement du bord externe de cet os par les tendons du court extenseur et long abducteur du pouce, est douloureuse. Il existe une tuméfaction allongée et peu saillante sur le bord externe du radius au niveau du croisement tendineux. La radiographie du squelette antibrachial ne décèle aucune lésion. L'examen général de la malade ne révèle aucune tare.

L'impotence des mains, du fait de la douleur du pouce et de l'extrémité inféro-externe de l'avant-bras, est considérable. La malade ne peut tenir solidement un objet. On se décide à intervenir du côté gauche le plus atteint et après incision cutanée, on excise une petite partie du ligament annulaire dorsal du carpe, là où il recouvre les tendons long abducteur et court extenseur. Il ne s'échappe pas de liquide à l'incision de la gaine tendineuse, les tendons ne paraissent pas malades, mais ils font hernie, hors de leur gaine dès qu'elle est ouverte, comme s'ils y étaient comprimés. La partie de la gaine excisée semble un peu épaissie.

Le 13 février 1925, après s'être rendu compte du succès de cette opération on la répète sur le côté droit à la satisfaction de la malade.

OBSERVATION II

Jeune fille de 22 ans, domestique, atteinte d'une difficulté d'écarter les deux pouces. Le mouvement d'abduction, tant actif que passif, de ces doigts est douloureux et elle les tient en adduction. L'affection a débuté, il y a six mois environ, par le pouce du côté droit. On pratique de ce côté la simple incision du ligament annulaire du carpe au-dessus des tendons du long abducteur et du court extenseur du pouce. Guérison en quelques jours. La malade est présentée à la Société des Sciences médicales avec son pouce droit opéré dont l'écartement se fait librement et son pouce gauche encore malade figé en adduction.

La malade fut soumise du côté non opéré à un traitement médical, puis elle quitta le service. Une amélioration paraissait s'être produite, mais en juillet on a pu constater que les mouvements du pouce gauche étaient toujours gênés.

OBSERVATION III

Femme d'une quarantaine d'année, employée de ferme, soumise à de gros travaux, éthylique, qui se présente avec une ténosynovite gauche très douloureuse avec irradiations jusque dans l'épaule. On libère la gaine. Guérison complète.

OBSERVATION IV

Femme de 41 ans, soignée pour une autre affection. On remarque, lors d'un premier examen, une ténosynovite qui plusieurs mois après avait disparu.

OBSERVATION V

Femme de ménage 49 ans, entre dans le service pour douleurs dans le poignet gauche. Depuis trois ans, elle se livre à un travail très pénible. Manipulant des caisses toute la journée. Il y a six mois environ elle commença à souffrir de son poignet, son articulation « se rouillait » dit-elle. Au bout de deux mois tout travail devint impossible, le poignet était enflé. Mais ces phénomènes cessèrent par le repos et l'application de compresses chaudes. Actuellement la malade souffre de nouveau. La douleur n'apparaît qu'avec les mouvements, l'abduction forcée est la plus douloureuse. Cette douleur, qui prend naissance au niveau du premier métacarpien, s'irradie jusqu'au coude. A l'examen la main se présente avec le pouce collé contre l'index. Il n'existe qu'un seul point douloureux mais intense sur l'apophyse styloïde du radius. Les mouvements passifs du pouce sont indolores et non limités. Les mouvements actifs sont peu douloureux, sauf l'abduction, mais la préhension est à peu près impossible. Enfin, depuis huit jours environ, cette femme se plaint

de son poignet droit. On constate l'existence d'un point douloureux vers l'apophyse styloïde du radius et on sent une petite masse distincte de l'os.

Il y a de gros éléments névropathiques surajoutés. Il faut noter aussi que la malade a eu une cystite et qu'elle a été soignée dans le service du D^r Molin pour des pertes rouges. Il est assez vraisemblable de porter ces méfaits sur le compte du gonococque.

INTERVENTION. — A gauche, c'est-à-dire du côté où les troubles sont les plus accusés, incision verticale de 3 à 4 centimètres sur le rebord radial de la partie inférieure de l'avant-bras, plus palmaire que dorsale. Les deux tendons, long abducteur et court extenseur sont bridés par une portion du ligament annulaire qui est épaissi, blanchâtre, lardacé, mais ferme, bridant les tendons comme le ferait une virole cartilagineuse. Cette bague est haute d'un demi-centimètre, on la sectionne et on en résèque le tiers tant au point de vue thérapeutique que pour l'examen histologique. Les tendons eux sont intacts sous le ligament, mais au-dessus de celui-ci les synoviales sont rouges, saignant facilement, adhérant aux tendons qui sont dépolis. A droite les lésions sont tout aussi marquées. Le ligament annulaire est cependant moins épaissi mais il existe au niveau de son insertion osseuse sur le radius, un gros épaississement de consistance cartilagineuse, ferme et souple, qui bride les deux tendons sur leur face antérieure. Excision partielle de cette bride le tissu saigne beaucoup.

Dix jours après l'intervention les cicatrices sont fermées. La malade ne souffre plus mais n'a que très peu de forces surtout à droite ; de plus le pouce droit est anesthésié. Bientôt, au niveau des cicatrices il se produit des phénomènes inflammatoires et douloureux ; on fait des pansements humides. Tout se calme à gauche, mais à droite il s'installe des phénomènes nouveaux, fourmillements et crampes dans l'avant-bras, perte presque totale des forces, elle ne peut pas coudre. Il se produit une tuméfaction au niveau de la cicatrice. Une radiographie est négative ; peu à peu tout rentre dans l'ordre.

Six semaines après l'opération la malade quitte le service. A gauche tout va bien, la cicatrice est souple. A droite on sent une induration au niveau de la cicatrice, la pression est un peu douloureuse la sensibilité du pouce n'est pas revenu.

La malade n'a pas retrouvé toute la force de ses mains, surtout à droite.

EXAMEN HISTOLOGIQUE des fragments prélevés (du à l'obligeance du D^r Bouysset que nous ne saurions trop remercier de l'aimable bonne grâce avec laquelle il nous donna tous les renseignements dont nous avons eu besoin).

Poignet droit. — Epaississement considérable du tissu conjonctif qui constitue le fragment du ligament prélevé. Ce tissu est constitué par les éléments normaux du tissu conjonctif, fibres et cellules normales. Par place, on remarque cependant des cellules à noyaux allongés qui sont rangées en trainées, mais nulle part de nodules inflammatoires nets. Dans ce tissu on note l'existence d'une zone qui a pris très fortement l'hématéine, cette zone est bien circonscrite, elle est entourée de grandes cellules plus nombreuses ici qu'ailleurs, mais qui nulle part ne révèlent le caractère soit de cellules géantes, soit de plasmocytes. La synoviale est d'apparence saine ; les franges sont rares, mais nullement épaissies et sans trace de processus inflammatoire.

Poignet gauche. — Il existe les mêmes lésions que dans la coupe précédente, mais beaucoup plus accentuées ; le fragment est beaucoup plus épais, le tissu conjonctif beaucoup plus dense, les franges synoviales plus larges. Au centre de ce fragment on note un volumineux bourbillon très fortement coloré par l'hématéine, plage entourée de très nombreuses petites cellules à noyaux arrondis, mais qui, nulle part, ne prend l'aspect de noyaux en rayons de roues qui pourrait faire songer à des plasmocytes.

Comme dans la coupe précédente il semble s'agir d'une zone plus ou moins calcifiée.

A l'aide de ces observations personnelles et de celles que nous avons trouvées dans la littérature, nous allons essayer de résumer les notions acquises sur la ténosynovite sténosante.

On peut localiser d'une façon certaine cette maladie, tous sont d'accord sur ce point à la gaine du long abducteur et du court extenseur du pouce. Cette gaine,

chacun le sait, est formée d'une part par une gouttière creusée sur l'apophyse styloïde du radius, d'autre part par le ligament annulaire postérieur du carpe. Ce ligament est une bandelette fibreuse transversale, située en arrière de l'articulation du poignet, qui se confond avec l'aponévrose antibrachiale et l'aponévrose dorsale de la main. Sa face profonde donne naissance à une série de cloisons verticales et antéro-postérieures qui viennent se fixer sur les bords des gouttières du radius et du cubitus. C'est ainsi que sont formées les coulisses des tendons de la main. Celle du long abducteur et du court extenseur qui leur est commune est la plus externe. Pour favoriser le glissement des tendons il existe des synoviales tendineuses. La première qui nous intéresse remonte en haut à 2 ou 3 centimètres au-dessus du ligament annulaire, en bas, elle ne dépasse généralement pas la première rangée des os du carpe. On se rappelle aussi que le long abducteur et le court extenseur du pouce qui s'insèrent en haut sur la face postérieure du cubitus du ligament interosseux et du radius, se jettent sur des tendons qui, accolés, contournent très obliquement le radius, passent dans la première gouttière ostéofibreuse et viennent se fixer, celui du long abducteur sur la face postéro-externe du premier métacarpien, celui du court extenseur sur l'extrémité postérieure de la première phalange. Il est à noter que ces tendons qui naissent très haut, reçoivent les fibres charnues, parfois jusqu'à l'articulation du poignet. On sait aussi qu'ils forment le côté externe de la tabatière anatomique.

Nos examens microscopiques ne sont pas en faveur

d'une lésion des tendons. Ils ne sont pas non plus en faveur d'une lésion périostique, cependant dans notre cas où les lésions étaient les plus intenses, il y avait une adhérence très forte de la gaine au périoste. On comprend très bien que Poulsen, Michaélis, aient pu croire qu'il s'agissait d'une périostite. Dans les cas où l'on a fait la radiographie, on n'a pas vu d'altération de la couche superficielle de l'os comme on en voit dans les périostites chroniques. D'ailleurs Reschke est tout à fait formel sur ce point.

Dans l'examen microscopique de notre observation V, il n'y a pas trace de lésions pouvant rappeler la tuberculose ou la syphilis. Nous sommes là en accord avec tous les auteurs.

Enfin, il n'y a pas non plus d'épanchement, car il ne s'est jamais écoulé de liquide à l'incision.

Au point de vue étiologique ce qui frappe en premier lieu, c'est l'atteinte plus considérable du sexe féminin. La proportion est de 10 pour 1 d'après Eschle, nos cinq observations ne concernent que des femmes. En général, il nous a semblé qu'il s'agissait de femmes ayant accompli de gros travaux dépassant leurs forces physiques. Mais nous ne croyons pas que l'on puisse incriminer un travail électif susceptible de surmener plus spécialement le long abducteur et le court extenseur du pouce. L'action des ces deux muscles est bien connue. Le premier, par l'intermédiaire du métacarpien qui est une véritable phalange, porte le pouce en dehors et en avant ; mais, de plus, il place la main dans l'abduction et la supination ce qui l'a fait appeler par Humphry le « rotator carpi ». Le court

extenseur, comme son nom l'indique, est extenseur de la première phalange ; de plus, il porte le métacarpien en dehors, il vient alors en aide au long abducteur. Ainsi cette affection n'est pas une synovite professionnelle comme celle qui a été décrite par Dravet, dans sa thèse, sous l'inspiration du professeur Etienne Martin.

Les antécédents sont à peu près inexistants ; aucune de nos malades n'était ni syphilitique, ni tuberculeuse ; tout au plus l'une avait un penchant marqué pour la bouteille ; une autre était très nerveuse.

La bilatéralité de l'affection que nous avons observée dans 3 cas sur 5, alors qu'elle n'avait été notée que 4 fois auparavant, ne nous apprend rien. Elle peut tout aussi bien être due à un surmenage bilatéral qu'à une diathèse. Il est donc impossible de faire une pathogénie de l'affection. C'est pourquoi, dans son mémoire, M. Laroyenne critique la dénomination de ténosynovite sténosante qui incrimine le tendon et sa synoviale alors que, seule, la gaine a donné la preuve de son altération. Ne serait-il pas préférable en attendant d'être fixé sur la pathogénie, d'adopter le terme « étranglement des tendons long abducteur et court extenseur du pouce », comme le propose M. Laroyenne ? Cette dénomination, si elle est incomplète, est cependant exacte et rappelle qu'un débridement de la gaine amène la guérison.

La symptomatologie est très nette. Il existe une douleur à la face externe de l'extrémité inférieure du radius, éveillée par les mouvements du pouce, l'abduction et l'extension principalement, par la pression.

Cette douleur s'irradie dans le pouce, dans l'avant-bras, remonte jusqu'au coude, parfois jusqu'à l'épaule comme dans un de nos cas ; elle est lancinante, éner-vante au possible.

Elle entraîne une impotence fonctionnelle considérable. Les malades souffrant à chaque ébauche de mobilisation du pouce, ne peuvent plus rien saisir.

Nous n'avons jamais trouvé une grosse tuméfaction comme Resche, ni de collection liquide comme dans les cas de Marion. Les six interventions qui ont été faites chez nos malades n'ont jamais donné issue à du liquide. Quelquefois on sent la gaine indurée comme l'ont remarqué plusieurs chirurgiens, Schneider entre autres, et comme nous l'avons vu dans une de nos observations.

Cette douleur, cette impotence, disproportionnées avec les lésions que l'on trouve à l'intervention, cette tuméfaction qui siège au-dessus de la styloïde radiale, au niveau des terminaisons musculaires du long abducteur et du court extenseur, ne peut-on pas tenter de les expliquer par l'étranglement tendineux ?

Depuis Sappey on sait que les tendons sont remarquablement bien innervés. Les nerfs accolés aux vaisseaux dans l'enveloppe conjonctive du vaisseau, les suivent dans leur trajet à travers les cloisons interfasciculaires. Ils se divisent, se subdivisent, s'anatomosent et forment des plexus entre eux. D'autre part, l'union du tendon avec le muscle est intime ; les faisceaux conjonctifs du muscle passent dans le tendon et s'y continuent avec les faisceaux conjonctifs de ce dernier. Les tendons, serrés dans leur gaine, souff-

frent. Cette compression tendineuse détermine, par voie réflexe, une crampe, une contracture musculaire, d'où la légère tranéfaction qui correspond bien à la terminaison musculaire du long abducteur et du court extenseur. Cette crampe est sans action physiologique efficace, sinon le pouce serait porté en abduction et en extension. On ne peut pas nier la transmission de cette crampe à tout le muscle, car le long abducteur et le court extenseur sont très difficilement palpables à l'avant-bras, étant enfoncés profondément dans la masse musculaire. On pourrait trouver là l'explication de cette douleur extrêmement vive, lancinante, de cette impotence considérable hors de proportions avec les lésions, de ces irradiations à distance et, aussi, du fait que les femmes et les nerveux sont plus exposés que d'autres à cette maladie.

La durée en est assez grande, plusieurs mois en général. Reschke et Michaélis citent chacun un cas de 9 mois, dans trois de nos observations les malades souffraient depuis 6 mois.

Si l'on connaît cette symptomatologie bien précise, le diagnostic se fera assez aisément.

On peut facilement éliminer la tuberculose classique des gaines qui, avec ses fongosités, ses épanchements à grains riziformes, s'éloigne beaucoup de la ténosynovite.

On fera la différentiation avec les périostites, bien qu'il n'y ait que peu de points communs. Certains auteurs, tels que Poulsen, frappés par les caractères de la douleur, son intensité, son irradiation, avaient parlé de périostite traumatique. Le contrôle radiographique fera rapidement le partage.

C'est avec la synovite simple des gaines que le diagnostic est le plus intéressant à préciser. C'est le pronostic qui est à faire dans ces cas là. Il faut autant que possible prévoir, quand on se trouve en présence d'une affection de la région des gaines tendineuses du poignet, si c'est bien à l'affection particulièrement tenace décrite par de Quervain que l'on a affaire, ou bien à une synovite banale qui va disparaître en quelques jours ou quelques semaines.

On localisera le siège de l'affection. Dans la synovite aiguë toute la gaine est gonflée, dans la téno-synovite la tuméfaction siège plus haut. La douleur dans cette dernière est plus pénible, plus continue. L'impotence fonctionnelle sera plus marquée. Dans les synovites aiguës on trouvera de la crépitation, le début sera plus brutal.

Lorsque les caractères que nous avons donnés, et qui correspondent d'ailleurs à peu près à ceux décrits par de Quervain, sont réunis, le diagnostic est aisé. Mais il y a des cas où les caractères typiques sont altérés, la maladie n'a plus la même marche. Un exemple frappant nous est donné par les observations de Marion. Les symptômes fonctionnels sont identiques cependant dans ses cas la tuméfaction est plus importante, son siège est au niveau de l'apophyse styloïde ; elle est parfois rénitente, la guérison par le traitement médical en quelques jours est la règle. Tous les auteurs citent des cas aigus qui ont cédé rapidement aux traitements médicaux. Entre ces cas aigus et les cas chroniques qui, eux, sont typiques, nous admettons très bien l'existence de cas de transition.

On commencera donc par essayer le traitement médical. Tout a été employé, l'immobilisation, les divers révulsifs, la chaleur, l'électrisation, la mobilisation, les massages, avec plus ou moins de succès. La plupart conseillent l'immobilisation pendant quelques jours, suivie de mobilisation et de massages. Schneider a employé une gaine plâtrée prenant le poignet et le pouce placé en extension abduction. Cet appareil sera conservé de quatre à six semaines. Sur dix cas ainsi traités, il enregistra sept succès. On peut faire le rapproche à ce traitement qu'il est trop long. Il immobilise une articulation pendant plus d'un mois, de plus, il n'est pas infaillible et l'on est parfois obligé de recourir à l'opération. Cependant il a l'avantage d'éviter, en plus des risques opératoires qui sont d'ailleurs minimales dans ce cas, une cicatrice assez disgracieuse, fait important pour le sexe féminin, de plus, il convient bien aux personnes pusillanimes. Bien que le traitement diathermique soit très en vogue en ce moment, nous avons été étonnés qu'il n'ait pas encore été employé ; nous ne l'avons vu, en effet, noté nulle part. Il nous semble pourtant qu'il mériterait un essai sérieux. Il a donné souvent de très bons résultats dans des lésions inflammatoires du même type que celle de la ténosynovite.

Le traitement chirurgical tire ses indications de l'échec du traitement médical. Cependant à notre avis, il vaudrait mieux l'employer d'emblée dans les cas qui durent déjà depuis quelques mois.

Il consistera en un débridement de la gaine. On re-

pérera les deux tendons en les faisant saillir par l'abduction du pouce et suivant leur direction on pratiquera au niveau de la styloïde radiale, une courte incision cutanée pour découvrir la gaine fibreuse qu'il suffira d'inciser. Il est deux points dont il faut se souvenir. Il faut éviter de sectionner un petit filet de la branche terminale antérieure du radial, ce nerf, le collatéral dorsal externe du pouce, donne la sensibilité à une partie de ce doigt et à une partie de l'éminence thénar, par le rameau thénarien de Lejars. Il est légèrement plus externe que les tendons. De plus, les cicatrices sont disgracieuses dans cette région. Il faut donc réduire l'incision au minimum nécessaire.

Pour éviter la section du collatéral nous ne conseillons pas la section sous-cutanée de la gaine que de Quervain avait employée, il l'abandonna d'ailleurs, ni l'anesthésie locale, les tissus sont infiltrés, œdématisés et l'on perd tous les points de repère. Une courte anesthésie générale ou une anesthésie régionale à distance seraient bien préférables. La section du ligament est sans aucun inconvénient. On n'a donc pas besoin de recourir au débridement économique de Kocher qui n'intéresse qu'une partie de l'épaisseur du ligament annulaire.

On a fait plus. On a excisé une partie de l'aponévrose. Cette excision est généralement inutile. Cependant dans les cas invétérés où la gaine est devenue très dure, et très épaissie comme dans notre observation V on comprend très bien qu'on la pratique. Elle semble même plus logique que la simple incision qui paraît alors insuffisante pour libérer les tendons.

Le traitement chirurgical comporte des suites très bénignes et dans la grande majorité des cas il amène la guérison complète et toujours une amélioration notable.

Conclusions

I. — Le ténosynovite de de Quervain est une maladie de la gaine des tendons long abducteur et court extenseur du pouce. Les seules lésions positives nettement observées au cours des interventions ont été, en effet, des lésions de la gaine de ces tendons.

II. — La pathogénie en est inconnue. Le sexe féminin est de beaucoup le plus atteint à la suite surtout de travaux pénibles.

III. — La symptomatologie est caractérisée par des douleurs dont la vivacité ainsi que l'impotence qui les accompagne est souvent disproportionnée avec les lésions observées ; par une tuméfaction dont l'origine est variable, mais douleur et tuméfaction nous semblent devoir être, au moins dans certains cas, mises sur le compte de la crampe musculaire qui accompagne l'étranglement des tendons ; par la ténacité de l'affection.

IV. — Le traitement par l'immobilisation ou les massages, par la révulsion n'aboutit parfois que très lentement à la guérison. Le traitement chirurgical est indiqué dans les cas rebelles ; c'est celui que de Quervain a le premier pratiqué le débridement de la gaine tendineuses.

<i>Vu :</i>	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	NOVÉ-JOSSERAND.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 22 Mai 1929.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

et par délégation

LE VICE-PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

L. JOSSERAND.

Bibliographie

- BURCK. — De la subluration habituelle de la première articulation. Métacarpocarpienne avec synovite consécutive des tendons glissant sur l'apophyse styloïdes du radius. *Munchener medizinische Wochenschrift*, 26 mars 1912, n° 13.
- DEBIEPPE et ROCHET. — Gaines séreuses des tendons des radiaux externes. *Archives de physiologie*, 1887.
- DE QUERVAIN. — Sur une forme peu connue de synovite chronique du poignet. *Correspond. für schweiz. Aertze*, 1^{er} juillet 1895, n° 13.
- Nature et traitement des vaginalites sténosantes siégeant au voisinage de la styloïde radiale. *Munschener mediz. Woch.*, 2 janvier 1912.
- DRAVET (Paul). — Etude médico-légale de la ténosynovite des extenseurs du pouce des ouvriers grillageurs. *Thèse de Lyon*, 1925-1926, n° 78.
- ESCHLE. — Contribution à l'étude de la ténosynovite fibreuse sténosante au niveau de l'apophyse styloïde radiale. *Schweiz. Mediz. Wochenschrift*, 30 octobre 1924, n° 44.
- KRON. — Doigt à ressort et synovite sténosante de la gaine des fléchisseurs des doigts. *Archiv. für Klinische Chirurgie*, 4 juillet 1925, fasc. 2, p. 220.
- LARGER. — Contribution à l'étude de la ténosité crépitante et séreuse (ai-douloureux) produite par torsion de la main sur l'avant-bras. *Revue de Chirurgie*, 1882, p. 399.
- LAROYENNE et BOUYSSSET. — L'étranglement des tendons long abducteur et court extenseur du pouce. *Arch. franco-belges de Chirurgie*, février 1927, n° 2.
- *Lyon Médical*, 1927, n° 2, p. 573.

- LAROYENNE et TRÉPOZ. — Ténosynovite sténosante de Quervain. *Lyon Médical*, 1928, n° 2, p. 394.
- MARION. — D'une affection fréquente presque toujours méconnue : la synovite de la gaine du long abducteur du pouce. *Arch. Gén. de Médecine*, 1903, t. I, n° 31.
- MICHAELIS. — Ténosynovite sténosante au voisinage de l'apophyse styloïde du radius. *Zeitschrift für orthopedische chirurgie*, 1912, fasc. II, p. 192.
- POULSEN. — Inflammation des gaines tendineuses de la première partie de l'avant-bras s'accompagnant de périostite « par traction » au niveau de l'apophyse styloïde du radius. *Dent. med. Wosch*, mai 1911, n° 18.
- RESCHKE. — La tendo-vaginite sténosante de de Quervain. *Arch. für Klinische Chirurgie*, 1920, fasc. 2, p. 464.
- CHESTER et SCHNEIDER. — Synovite fibreuse sténosante des tendons de la styloïde radiale (de Quervain). *Surgery gynecology and obstetrics*, t. XLV, juin 1928, n° 6, pp. 846-850.
-

TABLE DES MATIÈRES

<i>Chapitre Premier.</i> — Historique	7
<i>Chapitre II.</i> — Contribution personnelle	17
Conclusions	31
Bibliographie	33



IMP. BOSC FRÈRES & RIOU

° 42, QUAI GAILLETON °

• • • • • LYON • • • • •



